

Qualidade de Vida e Experiências de Vida nas
Mulheres nos Três Estados de Menopausa: Pré, Peri e
Pós-Menopausa

Joana Filipa dos Santos Baeta

Orientador de Dissertação:

Filipa Fernandes Pimenta

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

Agradecimentos

Quero agradecer em primeiro lugar à minha mãe, porque como muitas mães sofre em silêncio... Agradeço também ao meu paizinho que eu sei ter muito orgulho nas filhas. És um homem de poucas palavras e que muito raramente exteriorizas os teus sentimentos, mas eu sei que me queres ver sempre vencer. Adoro-vos!

Ao Filipe, por me deixar chorar quando precisava, por estar sempre presente nos momentos mais complicados e confiar em mim mais do que eu.

À Professora Filipa Pimenta, pela motivação, pela simpatia, pela ajuda, pela disponibilidade, pelas oportunidades e por acreditar até ao fim que eu era capaz.

A ti, querida Daisy, porque me fazes acreditar que a amizade não tem fronteiras.

“Nunca te é dado um desejo, sem também te ser dado o poder de o realizares.

Contudo, poderás ter de lutar por isso.”

Richard Bach
In: Ilusões

Resumo: O tema da menopausa está na ordem do dia. O aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de mortalidade têm feito sobressair este fenómeno, para o qual se olha hoje a partir de uma perspectiva bem diferente da do passado. Nos dias de hoje, a mulher vive mais anos e uma grande parte desse tempo é passado na fase da menopausa. Tornou-se então importante perceber de que forma esta mudança na vida da mulher tem impacto na sua qualidade de vida. De igual forma, determinados acontecimentos de vida parecem estar relacionados com a percepção de qualidade de vida. O presente estudo, surge como forma de analisar se mulheres em diferentes estados de menopausa apresentam diferenças na sua qualidade de vida, bem como se existe relação entre esta e os acontecimentos de vida, percebidos como negativos ou positivos, decorrentes do último ano. Os resultados, para uma amostra de 364 mulheres com idade média de 50,6 anos, revelaram que as mulheres na pré-menopausa revelam uma maior qualidade de vida emocional ($F(2)=5,523$; $p=0,004$) e sexual ($F(2)=4,018$; $p=0,019$) do que as mulheres em peri e pós-menopausa. Também se observou que as mulheres casadas apresentam uma qualidade de vida sexual mais elevada ($\chi^2=229,620$; $p=0,001$) que as mulheres divorciadas, solteiras e viúvas e que as mulheres activas apresentam uma qualidade de vida ocupacional superior ($\chi^2=31,400$; $p=0,001$) à das mulheres reformadas, desempregadas e domésticas. Da análise correlacional, emerge uma relação entre qualidade de vida e acontecimentos de vida percebidos como negativos ou positivos, ainda que na maior parte dos casos seja uma correlação fraca. Face aos resultados, pode dizer-se que alguns domínios da qualidade de vida diferem consoante o estado de menopausa e que os acontecimentos de vida parecem ter influência na forma como as mulheres avaliam a qualidade de vida.

Palavras-Chave: menopausa, qualidade de vida, acontecimentos de vida

Abstract: *Menopause is constantly being brought up. The increase of the average life expectancy and the decrease of mortality rates have enhanced this phenomenon, which one looks in a very different perspective from one from the past. Nowadays women live longer and great part of that time is lived during the menopause phase. Therefore it has emerged the importance of understanding how this change in women's life has impact on their quality of life. In the same sense, certain life events appear to be related with the quality of life perception. The present study emerges in a way to analyze if women in different states of menopause present differences in their quality of life as well as if there exists a relationship between quality of life and life events, perceived as negatives or positives occurred in the past year. The results, for a sample of 364 women with an average age of 50,6 years, revealed that the women in pre-menopause showed better emotional ($F(2)=5,523$; $p=0,004$) and sexual ($F(2)=4,018$; $p=0,019$) quality of life than the women in peri or post-menopause. It was also observed that married women present a higher sexual quality of life ($\chi^2=229,620$; $p=0,001$) than the divorced, single or widow women. Moreover women who were professionally active present an occupational quality of life superior ($\chi^2=31,400$; $p=0,001$) to retired, unemployed, domestic and medical leave women. From the correlational analysis, a relationship between quality of life and negative and positive life events emerges, even that in most cases it is a weak correlation. In what results are concerned, we can say that some domains of the quality of life are viewed differently according to the menopause state, as the events in life seem to have some influence on the way women evaluate their own quality of life.*

Key-words: menopause, quality of life, life events

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
MÉTODOS.....	16
<i>Objectivos</i>	16
<i>Design de investigação</i>	16
<i>Participantes</i>	17
<i>Material</i>	19
<i>Procedimento</i>	20
RESULTADOS	22
DISCUSSÃO.....	27
CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	41
Anexo A- Consentimento Informado	43
Anexo B- Questionário Sócio-Demográfico e para averiguar o estado de menopausa.....	47
Anexo C- Escala de Qualidade de Vida (QDV)	51
Anexo D- Questionário de Experiências de Vida (QEV).....	55
Anexo E- Tabelas de frequências: Caracterização da amostra	61
Anexo F- Consistência Interna das subescalas da Qualidade de Vida	67
Anexo G- Consistência Interna da escala Experiências de Vida	81
Anexo H- Normalidade e Homogeneidade da QV	87
Anexo I- Diferenças na QDV nos diferentes estados de menopausa.....	105

Anexo J- Diferenças na QDV emocional e sexual, considerando o estado civil.....	119
Anexo L- Diferenças na QDV ocupacional, considerando a situação profissional.....	131
Anexo M- Correlações entre QDV e EV positivas e negativas	143

INTRODUÇÃO

A menopausa denomina hoje a chamada “terceira fase da vida” da mulher. A importância e atenção dedicada a este tema têm vindo a sobressair e, levou inclusive, à criação do Dia Mundial da Menopausa que é assinalado no dia 18 de Outubro.

Com a evolução da sociedade e o desenvolvimento das mais diversas áreas de intervenção social, nomeadamente a evolução da medicina, tem-se assistido a um aumento da esperança média de vida, situação que fez evidenciar o fenómeno da menopausa. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), a esperança média de vida situa-se nos 81 anos, no que se refere à população do sexo feminino e, considerando que os sintomas associados à menopausa se iniciam por volta dos 40 anos (Moraes, Vandenberhe & Silveira, 2007), permite-se afirmar que a população feminina terá inevitavelmente que enfrentar um dia a menopausa. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que num espaço de vinte anos, 1.2 milhões de mulheres entrarão nos 50 anos, sendo que grande parte apresenta ainda uma expectativa de vida de muitos anos após a menopausa (Sociedade Portuguesa de Menopausa, 2006). Mário de Sousa, Presidente da Sociedade Portuguesa de Menopausa (SPM), refere que anualmente em Portugal 300.000 mulheres passam pela menopausa, juntando-se às já 2.000.000 mulheres a quem aconteceu o mesmo (Médicos de Portugal, 2007).

Este acontecimento parece então representar uma nova etapa na vida da mulher, que irá para além do término da sua capacidade reprodutiva.

A “história” desde o início

Biologicamente, a explicação para a menopausa resume-se ao facto de os ovários deixarem de exercer a sua função. A própria etiologia da palavra menopausa revela a sua origem no grego

men (mês) e *pausis* (interrupção, referindo-se evidentemente ao ciclo menstrual) (Pimenta, Leal, & Branco, 2007).

Para aprofundar esta questão, há que recuar ao desenvolvimento embrionário, pois é *in utero* que se inicia a formação do sistema reprodutor feminino. Aliás, aquando do nascimento os ovários albergam já todas as células que posteriormente se transformarão em ovócitos (gâmeta feminino) e que se encontram dentro dos folículos ovarianos, estruturas estas que a partir da adolescência e sob acção hormonal crescem e se desenvolvem.

Na altura da puberdade, o hipotálamo induz a hipófise a segregar hormonas, as chamadas hormonas luteinizantes e hormonas folículo estimulantes que, por sua vez, estimularão os ovários a produzir estrogénio e progesterona, as principais hormonas femininas. O estrogénio é produzido pelo folículo na chamada fase folicular do ciclo menstrual e é esta hormona que permite a ovulação. A primeira menstruação- menarca, marca assim o início dos ciclos menstruais e a partir daqui todos os meses é libertado um ovócito que, não sendo fecundado, origina a menstruação (Serrão, 2008)

Por volta dos 50 anos, o funcionamento dos ovários entra em declínio e deixa de induzir a ovulação, bem como deixa de produzir estrogénio. À última menstruação da mulher dá-se então o nome de menopausa. O processo conducente a esta não é, no entanto, repentino e antes mesmo da última menstruação são revelados alguns sinais do que está eminente a acontecer.

A menopausa em retrospectiva (um olhar consoante os tempos e as culturas...)

Se na nossa sociedade actual a menopausa não está já envolta em grande mistério, nem sempre foi assim. Como parte integrante da condição feminina, assim como esta, houve épocas em que à sua volta persistia uma aura de mistério. A sua associação a lendas e mitos encontra-se na mitologia grega e egípcia, pelo que se depreende que já nestas culturas havia um grande interesse por estas questões. Lucien Chaby (1997), dá-nos uma perspectiva histórica bastante interessante sobre a menopausa e faz-nos recuar até ao século III antes de Cristo e a Aristóteles, pioneiro no estudo da fisionomia do aparelho genital feminino. Até ao ano de 1823, altura em que surge pela primeira vez o termo menopausa, várias questões foram debatidas, nomeadamente se o facto de a mulher deixar de menstruar era sinónimo ou não de doença.

Se em certas civilizações, a menstruação e também a menopausa eram valorizadas pelo lado positivo, o reverso também é verdade e algumas culturas repudiavam a mulher que menstruava. Algumas tribos de África ainda hoje consideram a menstruação como uma forma de purificação do corpo da mulher e a menopausa associada a problemáticas (como a acumulação de esperma não expelido resultante das várias relações sexuais) o que leva a que a mulher seja impedida de ter relações a partir dessa altura. Noutras sociedades da Ásia e também da África, o fim da capacidade reprodutiva da mulher, leva a que finalmente possam experimentar a liberdade e estatuto que até então lhes tinha sido vedado durante os anos férteis (Lemgruber, 1999; cit. por Moraes, Vandenberhe, & Silveira, 2007). Na China, a menopausa já pode ser considerada como uma vantagem, num país onde existe um controlo rigoroso sobre a taxa de natalidade (Chaby, 1997).

Menopausa: o conceito

Embora o termo menopausa seja utilizado indiscriminadamente para se referir a todo um conjunto de períodos que procedem e sucedem à cessação da função ovárica, este significa efectivamente a última menstruação e reconhece-se quando existe um período de 12 meses consecutivos de amenorreia (Loutfy, Aziz, Dabbous, & Hassan, 2006).

A literatura avança com outros termos, como o termo climatério, para se referir aos períodos em torno da menopausa, o que tem dificultado as comparações entre os diversos estudos acerca do tema. Contudo, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) terá proposto em 1980 algumas definições por forma a consolidar todos estes termos. O termo pré-menopausa é então definido para se referir a todo o período reprodutivo anterior à menopausa; o termo peri-menopausa designa o período que se inicia quando se iniciam também os sintomas inerentes à menopausa, que podem durar até 6 anos (North American Menopause Society- NAMS) e prolonga-se até um ano após esta e, por último, o termo pós-menopausa que diz respeito ao período posterior à menopausa ou última menstruação efectiva. É proposto ainda o abandono do termo climatério, mas vários autores consideram-no mais apropriado quando se pretende abordar todas as fases inerentes a este processo, nomeadamente a peri-menopausa, menopausa e pós-menopausa (Oldenhave et al., 1994; cit. por Serrão, 2008).

Modelos interpretativos da menopausa

As abordagens feitas à menopausa, têm-se baseado em diferentes modelos, que a percebem de formas diferentes.

Desde o século XIII que a menopausa tem sido debatida e estudada como se de uma doença se tratasse (Chaby, 1997). O modelo biomédico parte do pressuposto de que existe uma origem biológica para qualquer doença que, portanto, é susceptível de tratamento. No caso da menopausa, esta será resultado de carências hormonais que levam ao aparecimento de diversos sintomas, como é o caso dos sintomas designados de vasomotores, nomeadamente afrontamentos e suores nocturnos, e também da secura vaginal e incontinência urinária (Neves-e-Castro, 1998) que podem ser tratados através de reposição hormonal. Estudos acerca da prevalência de afrontamentos e desordens no sono, por exemplo, reforçam esta ideia, ao reportarem o sucesso da terapia hormonal na resolução destes sintomas (Luoto, 2009).

Para além dos sintomas acima descritos, a terapia hormonal é referida ainda como promotora da prevenção de outras doenças que podem surgir em consequência de alterações hormonais, como é o caso das doenças cardiovasculares (Fagulha & Gonçalves, 2005; Hunter & O'Dea, 2001; Pimenta, Leal, & Branco, 2007) e doenças ósseas (Fagulha & Gonçalves, 2005; Hunter & O'Dea, 2001). Contudo, a ênfase está nos sintomas vasomotores e irregularidades do ciclo menstrual, que se verificou serem indicadores mais verosímeis da menopausa, em oposição aos estados de ansiedade, depressão e problemas sexuais também relatados por mulheres na meia-idade (Hunter, 1996; cit. por Hunter & O'Dea, 2001).

Este modelo, contudo, parece bastante redutor, ao deixar de fora outros factores, tais como factores sociais, culturais e psicológicos que podem estar intimamente relacionados com os factores biológicos.

O modelo sócio-cultural, por seu lado, advoga que a menopausa é um processo normal, inerente ao próprio envelhecer do corpo feminino e com reduzidas ou mesmo nenhuma consequências para a mulher. Assim, as perturbações referenciadas como resultado da menopausa provêm essencialmente da construção cultural, nomeadamente a sua associação a estereótipos

menos positivos, atitudes face ao envelhecimento e ao papel social da mulher (Kaufter, 1982; cit. por Hunter & O’Dea, 2001).

Nas sociedades ocidentais podemos pensar na importância dada à juventude e vitalidade, que parecem ocupar um lugar de destaque, sendo consideradas como características preferíveis a outras como a experiência, sabedoria e outros valores que vão emergindo com o avançar da idade (Moraes et al., 2007). Assim, a entrada na menopausa como significado do envelhecimento da mulher pode não ser encarada de forma positiva.

Outro modelo que perspectiva a menopausa de outro ponto de vista, é o modelo psicossocial. Este modelo sustenta que a menopausa, entendida como uma fase sensível da vida da mulher, é influenciada quer por factores hormonais quer por factores que de alguma forma causam stress, nomeadamente a emancipação dos filhos e consequente saída de casa, o divórcio, os lutos ou os problemas de saúde (Greene, 1984; cit. por Serrão, 2008), acontecimentos estes que normalmente ocorrem na meia-idade da mulher. Assim, ao mesmo tempo que estas mudanças vão tendo lugar e se vai verificando a decadência da função ovárica, pode surgir stress associado, que por sua vez terá impacto no sentimento de bem-estar da mulher, na sua satisfação com a vida e no seu estado de humor (Bromberger & Matthews, 1996). Num estudo longitudinal conduzido por estes autores e envolvendo 460 mulheres em pré-menopausa e com alguns sintomas depressivos, verificou-se que a mudança de estado de menopausa não se relacionou com os sintomas descritos.

No que concerne à saída dos filhos de casa, designada como o síndrome do “ninho vazio”, encontra-se na literatura uma associação desta com os sintomas da menopausa, sendo que se verificam menopausas precoces em situações em que os filhos saem cedo de casa e de fases de menopausa sem relatos de perturbação em situações em que a mulher se encontra rodeada dos filhos e família (Chaby, 1997). Por outro lado, Hunter (1990; cit. por Serrão, 2008), refere que não existem dados que confirmem que este acontecimento leve a situações de stress nas mulheres que se encontram na meia-idade. A mesma autora verificou também que o estado civil estava relacionado com o sofrimento psicológico e que, as mulheres separadas, divorciadas ou viúvas, comparativamente às casadas e solteiras, estão mais susceptíveis de sofrimento psicológico, inclusive têm mais hipóteses de deprimirem.

O estatuto sócio-cultural parece, da mesma forma, reflectir-se nos sintomas de menopausa (Chaby, 1997; Serrão, 2008). Chaby (1997) cita um estudo de 1980 da OMS, que conclui que os sintomas da menopausa podem ser influenciados pelo estatuto social da mulher na fase de menopausa, bem como pela atitude do marido a seu respeito.

Num estudo realizado em Itália, conduzido por Amore et al. (2005; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007) e envolvendo 66501 mulheres com uma média de idade de 54 anos, verificou-se que mulheres com mais habilitações literárias estavam menos propensas a sintomas como afrontamentos e suores nocturnos, bem como a depressões, alterações de humor, alterações do sono e perdas de memória. Amore et al. (2004; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007) e Gise (1995; cit. por Serrão, 2008) concluíram também que um nível sócio-cultural inferior está relacionado com os sintomas climatéricos, sendo que o primeiro autor os relaciona com o aumento de sintomas depressivos. O segundo refere que a situação profissional, nomeadamente ter trabalho, pode funcionar como salvaguarda da saúde emocional.

Um outro estudo levado a cabo por Tan, Haines, Limpaphayom, Holinka e Ausmnas (2005; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007) em onze países da Ásia enquadra-se na afirmação da importância dos aspectos culturais na percepção dos sintomas na menopausa. Estes investigadores verificaram que a incidência de afrontamentos varia conforme a origem étnica das mulheres.

O modelo biopsicossocial aparece abrangendo os anteriores. São tidas em conta as perspectivas biológica, cultural e psicossocial. O significado e impacto da menopausa estabelecem-se assim considerando os aspectos psicossociais e culturais da mulher, assim como os sentimentos que vai experimentando a nível das mudanças físicas (Hunter, 1994; cit. por Hunter & O'Dea, 2001). Neste modelo salienta-se a importância das representações cognitivas da mulher relativamente à menopausa.

Menopausa e qualidade de vida

Os distúrbios a que a menopausa é frequentemente associada parecem comprometer a qualidade de vida das mulheres que os relatam.

A definição do conceito de qualidade de vida não tem sido unânime na literatura. Existem versões que a definem como o bem-estar individual em geral, sendo que muitos têm assente a sua definição em questões meramente ligadas ao domínio da saúde (Utian, Janata, Kingsberg, Schuhter, & Hamilton, 2002). Cramer (1994; cit. por Ribeiro, Meneses, Meneses et al., 1998), por exemplo, aproveita a definição de saúde de 1948 da Organização Mundial de Saúde para definir qualidade de vida.

Uma definição mais abrangente de qualidade de vida será a da própria Organização Mundial de Saúde (1998), que se refere a esta como “a percepção dos indivíduos acerca da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores onde estão inseridos e em relação aos seus objectivos, expectativas, normas e preocupações” (p. 17). Esta definição consegue abranger uma série de factores como “ a saúde física do sujeito, o seu estado psicológico, o nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com recursos salientes do ambiente.”

Utian (2006), vem também defender uma definição mais abrangente de qualidade de vida. Este autor defende que a qualidade de vida, no que concerne à menopausa, tem sido amiudamente relacionada com questões de saúde, excluindo as limitações físicas, emocionais e do próprio papel social da mulher. Assim, a definição do termo parece associar-se exclusivamente aos sintomas climatéricos, como é o caso dos afrontamentos, suores nocturnos e secura vaginal. Embora estes sintomas possam ter um impacto negativo na qualidade de vida da mulher e esta possa melhorar com um tratamento hormonal adequado, há que enquadrá-los numa perspectiva de qualidade de vida, onde são considerados outros aspectos como o estado de saúde, satisfação com a vida, funcionamento mental e a forma como cada mulher lida com a situação. Face à importância destes factores, as definições de qualidade de vida que abrangem apenas aspectos da saúde, tornam redutor o próprio conceito de qualidade de vida, pois ao evidenciarem somente os sintomas associados à menopausa, atribuem-lhe o rótulo de doença, o que não é de todo verdade. Assim, esta definição deve ir mais além e referir-se a um sentimento de bem-estar global e satisfação individual, independente da presença ou ausência de sintomas.

Tomando a qualidade de vida, na perspectiva da saúde, muitos estudos têm enfatizado a forma como os sintomas da menopausa podem influenciar a qualidade de vida. Freedman (2002) escreve um artigo onde aborda uma série de sintomas da menopausa que podem afectar o dia-a-

dia da mulher pós-menopausica e originar mudanças na qualidade de vida, mudanças essas que acabam por acompanhar as flutuações hormonais inerentes a esta fase da vida. Assim, uma melhor ou pior qualidade de vida parece indissociável de sintomas como afrontamentos, distúrbios do sono, fadiga, mudanças de humor e disfunções urinárias e sexuais que por sua vez parecem depender dos níveis hormonais, mais precisamente da carência de estrogénio.

Os afrontamentos, por exemplo, parecem afectar a qualidade de vida, na medida em que provocam sentimentos de embaraço, frustração e irritabilidade. Os distúrbios do sono, por sua vez, contribuem para um declínio na qualidade de vida, pois para além de levarem a um estado de fadiga por privação do descanso, parecem comprometer também a saúde psicológica. Neste sentido, estudos de Schiff et al. (1979; cit. por Freedman, 2002), sugerem que a adaptação psicológica das mulheres na fase de menopausa é menor naquelas que se vêem privadas do seu sono por grandes espaços de tempo. Estes sintomas podem relacionar-se entre si, dado que muitas vezes os próprios suores nocturnos conduzem a interferências no sono (Mooren & Kenemans, 2004). Contudo, estes mesmos sintomas parecem regredir face a tratamentos hormonais, o que terá também impacto na qualidade de vida (Freedman, 2002).

Alguns estudos, contrariamente a este panorama, onde é reconhecido que os sintomas da menopausa, nomeadamente os sintomas vasomotores como afrontamentos e suores nocturnos, podem ser aliviados pela utilização de terapias hormonais (Luoto, 2009; Moraes et al., 2007), referem não existir relação entre estas e uma melhor qualidade de vida (Lorenzi, Baracat, Saciloto, & Padilha, 2006; Luoto, 2009). Assim, embora fosse expectável que estes sintomas, que afectam a qualidade de vida, ao serem tratados levassem a um aumento desta, há que considerar o contexto sócio-cultural e familiar da mulher (Chaby, 1997).

Uma terceira perspectiva refere que o histórico de tratamento hormonal, bem como a utilização de contraceptivos hormonais têm sido associados a uma diminuição da qualidade de vida e um maior número de sintomas, resultados obtidos em mulheres com 55 anos (Ekström & Hovellius, 2000).

A prevalência de sintomas associados à menopausa e o seu impacto na qualidade de vida têm sido muito discutidos nas sociedades ocidentais. Contudo, têm emergido várias investigações noutras culturas. Limpaphayom, Darmasetiawan, Hussain, Burriss, Holinka e Ausmanas (2006),

recorreram a 1028 mulheres pós-menopausicas de nove grupos étnicos de 11 regiões da Ásia, com o intuito de estudar a prevalência de sintomas categorizados em diferentes domínios (vasomotor, psicossocial, físico e sexual) e predictores da qualidade de vida, nesses grupos de mulheres, assim como verificar se, após a administração de tratamento hormonal, a qualidade de vida era alterada. Os resultados mostraram que a prevalência desses sintomas não era consensual nos vários grupos étnicos, sendo que as mulheres vietnamitas e paquistanesas revelaram-se mais afectadas pelos sintomas que as mulheres da Indonésia, Malásia, Taiwan e Tailândia, o que revela as diferenças existentes na prevalência de sintomas entre vários grupos étnicos. No que concerne às mudanças na qualidade de vida, consequência da terapia hormonal, observou-se, de facto uma melhoria na qualidade de vida. Contudo, e segundo os autores, o alívio de sintomas de determinados domínios em consequência da terapia hormonal podem ter sido influenciados por outros. Assim, por exemplo, a redução da dificuldade em dormir, avaliada no domínio físico, poderá ter sido influenciada pelo decréscimo de afrontamentos, avaliados no domínio vasomotor, estes sim influenciáveis pela reposição hormonal.

A propósito das diferenças nos sintomas relatados por diferentes grupos étnicos, nomeadamente a propósito de as mulheres chinesas e japonesas reportarem um número reduzido de sintomas em comparação com caucasianas, afro-americanas ou hispanicas, Chen, Lin, Wei, Gao e Wu (2007), fazem uma associação interessante entre a alimentação destas mulheres e o facto de relatarem poucos sintomas. Assim, consideram significativos os elevados níveis de fitoestrogénio contido na alimentação asiática, salientando o caso da dieta japonesa, rica em vegetais, rebentos de soja e farinha de trigo que contêm compostos com acção semelhante ao estrogénio.

Os estudos também têm comparado a prevalência de sintomas nos diferentes estados de menopausa. Num estudo realizado pelas autoras atrás referidas, com uma população de 353 mulheres chinesas com idade entre os 40 e 60 anos, verificou-se que as mulheres na pós-menopausa reportaram mais sintomas que as mulheres noutra fase, especialmente sintomas vasomotores e de cariz sexual. Estes resultados diferem de outros, também com lugar em países asiáticos, onde mulheres na peri-menopausa relataram mais sintomas.

Nisar (2010), num estudo com 3062 mulheres com idades entre os 40 e 70 anos e residentes numa zona rural do Paquistão, observou que os sintomas de domínio psicológico eram mais evidentes entre as mulheres na peri e pós-menopausa e que sintomas urogenitais sobressaíam nas mulheres na peri-menopausa, sendo que levavam a uma diminuição da qualidade de vida. Bairy, Adiga, Bhat e Bhat (2009), referem também, a propósito de um estudo com 352 mulheres do Sul da Índia e na pós-menopausa, que os sintomas de domínio físico e psicológico eram mais frequentes, relativamente aos de domínio vasomotor e sexual.

Ekström e Hovellius (2000), num estudo realizado na Suécia, verificaram que mulheres na pré-menopausa e pós-menopausa (abrangendo várias idades), não mostraram diferenças no que respeita à qualidade de vida e à quantidade de sintomas. Contudo, as mulheres mais velhas reportaram maior qualidade de vida, em especial no que respeita aos aspectos social, do que mulheres mais novas, bem como apresentaram um número mais baixo de sintomas, principalmente a nível psicológico.

Tendo em consideração as mudanças que se observam nas mulheres climatéricas, emergem também interrogações acerca da sua sexualidade, nomeadamente, como é que estas mulheres vivem a sua sexualidade, qual o impacto que os sintomas climatéricos têm na sua vida sexual e como se relacionam com a qualidade de vida.

Parece unânime que a menopausa leva a um declínio da actividade sexual (Chaby, 1997; Kolod, 2009). Muitos estudos relacionam as dificuldades sexuais com a deficiência hormonal mas também há que considerar os aspectos psicológicos e emocionais (Kolod, 2009) e sócio-culturais (Fuentes, Martín, & Pérez, 2008) que também podem ser desfavoráveis à actividade sexual.

Alguns dos sintomas sexuais associados à menopausa e relatados com alguma insistência são a diminuição do desejo sexual, secura vaginal e dispareunia. Estes dois últimos podem ser relacionados com o hipoestrogenismo (Chaby, 1997) e portanto aliviados com tratamento hormonal.

Astbury-Ward (2003) refere que a sexualidade e a menopausa estão amiudamente relacionadas com as atitudes e códigos de comportamento impostos pela sociedade ao sexo

feminino. Se esta olha a mulher como assexuada aquando a entrada na menopausa, isso vai reflectir-se na resposta sexual da mulher, que pode sentir incorrecto ou inapropriado os desejos sexuais que sente, levando a um sentimento de culpa. Isto provém também do facto de nas sociedades ocidentais se dar pouco ênfase às experiências sexuais na meia-idade e na velhice, que continuam a ser alvo de mitos e preconceitos. Afirmam-se a beleza como sinónimo de juventude, relembrando as mulheres mais velhas que um corpo perfeito é condição para a atractividade física, o que pode levar a uma diminuição da auto-estima nas mulheres que não se vêm desta forma. Price, Storey e Lake (2007) reforçam esta ideia de que a construção social da menopausa tem impacto nas mulheres. Os estereótipos vão no sentido de desassociar menopausa e juventude e sexualidade, relacionando-a com uma experiência negativa, o que é consistente com a mensagem que a comunicação social parece passar ao focar essencialmente os problemas físicos e psicológicos, bem como os desafios inerentes a esta fase da vida. Isto leva a que as mulheres enfrentem a menopausa com temor, desânimo e negação, muitas vezes relacionados com a má compreensão das mudanças a nível do seu corpo.

Também Oliveira et al. (2008) relacionam o factor cultural ao decréscimo do desejo sexual. Corroboram que o amor e sexualidade na terceira idade são olhados com algum mistério, sendo que as manifestações de amor e expressões da sexualidade são reservadas às gerações mais novas. Noutras culturas, por sua vez, a mulher que atinge a menopausa é considerada mais sábia e madura, ganhando um novo estatuto e assumindo novos papéis na sociedade.

Assim, numa sociedade onde se venera e idealiza a juventude, a menopausa surge associada ao medo de envelhecer, mudança de estatuto e problemáticas a nível da sexualidade (Fagulha & Gonçalves, 2005).

Apesar deste panorama, alguns estudos têm revelado que mulheres no climatério não apontam decadência na sua resposta sexual (Mansfield, Koch, & Voda, 2000; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007) e que muitas assumem que até desejam estar mais envolvidas com o parceiro, sendo que não necessariamente a nível génito-sexual (Mansfield & Voda, 1997; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007).

A influência das experiências de vida

A entrada na menopausa acompanha a entrada na meia idade. Nesta fase da vida têm lugar uma série de acontecimentos que parecem associar-se ao estado de menopausa.

Alguns estudos colocaram o cerne da menopausa na relação que esta tem com determinados acontecimentos de vida. É o caso de Hardy e Kuh (2002; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007) que não encontraram relação entre os sintomas da menopausa e o estado de menopausa, mas sim uma relação entre estes e determinados acontecimentos da vida da mulher. Nesta linha, Schmidt, Murphy, Rubinow e Danaceau (2004) observaram, num grupo de 100 mulheres, que as que se encontravam na peri-menopausa e apresentavam um quadro de depressão relatavam eventos menos desejáveis que as que não aparentavam indícios de depressão.

Outros estudos reforçam o impacto que as convicções de que a menopausa está associada a diversos problemas têm em algumas mulheres. Assim, os sintomas associados à menopausa serão maiores ou menores conforme a postura que a mulher mantém em relação à mesma seja mais negativa ou positiva (Dennerstein et al., 1994; cit. por Huffman, Myers, Tingle, & Bond (2005); Rotem, Kushnir, Levine, & Ehrenfeld, 2005). A este propósito, estudos indicam, por exemplo, que as atitudes negativas em relação à menopausa estão relacionadas com a depressão nas mulheres na meia-idade (Dennerstein, 1996; Lee et al., 2006; cit. por Lu, Tseng, Lin, Luh, & Shu, 2009).

O estudo do impacto de determinados acontecimentos de vida na saúde não é pois recente. Durante anos tentou investigar-se a relação entre acontecimentos de vida causadores de stress e a propensão a problemas quer físicos quer psicológicos (Sarason, Jonhson, & Siegel, 1978), numa perspectiva mais voltada para a experiência individual de cada pessoa.

Em 1967, Holmes e Rahe, entrevistaram cerca de 5 000 pacientes, no sentido de estabelecer uma relação entre os acontecimentos de vida, stress e susceptibilidade para adoecer. Utilizaram uma série de 43 acontecimentos de vida (tais como divórcio, morte do parceiro, gravidez, dificuldades sexuais, férias e mudança de residência), face aos quais os pacientes teriam que referir quais se haviam passado com eles num espaço de um ano. A cada acontecimento estava associada uma ponderação diferente, consoante se tratasse de um acontecimento mais ou menos stressante, tendo os acontecimentos mais stressantes uma ponderação mais elevada. O resultado

da soma das ponderações dos acontecimentos referidos pelos pacientes como fazendo parte da sua vivência naquele espaço de tempo eram então relacionados com o risco de adoecer, sendo que resultados mais elevados significariam um risco acrescido de doença. Embora a escala que desenvolveram tenha sido muito utilizada, logo foi criticada, pois partia do princípio que todos estes acontecimentos estavam associados a níveis de stress, mas não se eram percebidos como acontecimentos positivos e desejáveis ou não (Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

Sarason, Jonhson e Siegel (1978) referem que grande parte dos estudos efectuados até então partiu do princípio de que as mudanças que vão ocorrendo na vida são causadoras de stress e requerem uma adaptação por parte da pessoa, bem como que a propensão a problemas físicos e psicológicos é maior nas pessoas que viveram um acontecimento marcadamente negativo num passado recente. Contudo, para se poder medir os acontecimentos causadores de stress deveria ser permitida, por parte dos indivíduos, a classificação dos acontecimentos como desejáveis ou indesejáveis, bem como a classificação individualizada do impacto pessoal dos acontecimentos experienciados.

Lakey e Heller (1985) vêm contestar que acontecimentos de vida negativos estivessem indubitavelmente relacionados com sintomas psicológicos, como era recorrente assumir-se. Assim, afirmam que poderiam ser os sintomas a condicionar os acontecimentos de vida ou, por outro lado, que determinadas características da personalidade dos indivíduos poderiam causar tanto sintomas como levar a determinados acontecimentos. Debatem-se que a relação entre sintoma e acontecimento de vida pudesse resultar de respostas enviesadas, pois as pessoas podem considerar determinado acontecimento negativo, atendendo à sua desejabilidade social. Há também que considerar que um acontecimento que é percebido como positivo em determinada altura, pode ser reavaliado e passado pouco tempo ser já percebido como negativo, bem como considerar que determinados sintomas podem levar a pessoa a recordar mais afincadamente acontecimentos negativos.

Embora, os estudos que enfatizam os acontecimentos de vida como predictores de doença tenham seguido vários caminhos, parece que o stress pode, de facto, ser mensurado a partir desses acontecimentos, experienciados num determinado espaço de tempo, da desejabilidade ou não dos mesmos e da importância que o indivíduo lhes dá, ou seja, há que diferenciar o

acontecimento em si da forma como ele é entendido pelo sujeito (Silva et al., 2003). Parte-se então do pressuposto que um acontecimento não é necessariamente interpretado da mesma forma pelas diferentes pessoas.

No caso da experiência da menopausa na vida da mulher, a vulnerabilidade sentida nesta fase da vida pode ser ocasionada pelo stress resultante do impacto de determinados acontecimentos inerentes ao período da meia-idade, como foi referido mais atrás. Dennerstein (1996) refere que as mulheres de meia-idade estão mais atriadas nesta fase da vida a experimentar situações como a rebelião dos filhos adolescentes ou a sua saída de casa e a doença ou morte do companheiro.

Mansfield e Voda (1997; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007), avançam que muitas mulheres com idade entre os 40 e 50 anos, ainda se vêm perante situações em que têm de dividir a sua atenção pelos filhos, ainda pequenos, e pais doentes ou muito idosos, situações essas que são causa de stress. Os mesmos autores apontam ainda para o facto de que nesta altura são também comuns declínios na saúde da própria mulher ou do companheiro, o que tem a mesma consequência.

Kurpius, Nicpon e Maresh (2001), através de um estudo realizado com 326 mulheres nos três estados de menopausa, observaram também o impacto do estado civil nos sintomas climatéricos. Assim, concluíram que as mulheres não casadas relatavam mais sintomas depressivos que as casadas. Contudo, a qualidade da relação que estas últimas mantinham com o companheiro parecia ser fundamental, pois mesmo casadas, mulheres que relatavam uma relação menos feliz, demonstravam pior humor. Logo, a experiência de um casamento infeliz está mais relacionada com os sintomas da menopausa do que o próprio estado civil.

Apesar de se ter focado essencialmente o impacto dos acontecimentos negativos nos sintomas climatéricos, não é verdade que acontecimentos positivos não tenham qualquer impacto. Chaby (1997) refere que para muitas mulheres a chegada da menopausa não traz quaisquer problemas e que até se sentem aliviadas com a sua chegada. É, por exemplo, o caso de mulheres que sofriam sistematicamente de dores menstruais agonizantes. A menopausa pode levar também à cura da endometriose e à diminuição das enxaquecas nas mulheres que padecem deste problema. Considera-se também que muitas mulheres se sentem nesta altura mais livres, nomeadamente, no campo sexual, pois não há mais o risco de engravidarem.

Também num estudo longitudinal realizado por Helson e Wink (1992), muitas mulheres na meia-idade associaram este período a algo positivo, com relatos de satisfação e estabilidade.

A menopausa é, de facto, muito mais que a cessação do funcionamento dos ovários. Este fenómeno envolve uma série de factores que podem influenciar a experiência que cada mulher tem em relação a esta fase da vida. A literatura tem explorado muitos aspectos, desbravando o impacto que a menopausa tem na qualidade de vida das mulheres e salientando a importância dos acontecimentos de vida que vão ganhando lugar com o passar do tempo.

MÉTODO

Objectivos

Um dos objectivos do estudo é verificar se existem diferenças na qualidade de vida entre os três grupos de mulheres: mulheres em pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa.

Pretende-se ainda verificar se existem diferenças na qualidade de vida emocional e sexual destas mulheres, tendo em conta o seu estado civil.

Outro objectivo é analisar se existem diferenças na qualidade de vida ocupacional das mulheres nos três estados de menopausa, considerando a sua situação profissional.

Finalmente, pretende-se verificar se a qualidade de vida nos diferentes domínios (ocupacional, saúde, emocional e sexual) está correlacionada com as experiências de vida positivas e negativas.

Design de investigação

O estudo em análise recorre a um desenho observacional, descritivo e transversal. É observacional na medida em que não existe intervenção do investigador, ou seja, não existe manipulação de variáveis, sendo que são observados acontecimentos que sucedem naturalmente. Dentro do desenho observacional é descritivo – transversal, pois os dados são recolhidos num só momento. Por um lado é utilizado o método comparativo, na medida em que pretende comparar as diferenças na qualidade de vida das mulheres dos três estados de menopausa, diferentes estados civis e de situação profissional e, por outro, apela ao método correlacional, pois tem a intenção de perceber se existe correlação (e como é que esta se manifesta) entre a qualidade de vida e as experiências de vida nestes grupos de mulheres.

Participantes

Recolheu-se uma amostra constituída por 364 mulheres com idades compreendidas entre os 42 e 60 anos, sendo a média de idades de 50,6 anos ($DP=5,2$). Trata-se de uma amostra por conveniência e não probabilística ou intencional e cujas características se apresentam nas tabelas abaixo.

Relativamente ao estado civil, pode observar-se que mais de metade da amostra se refere a mulheres casadas ou a viver em união de facto, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das participantes relativamente ao seu estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
casada/união de facto	247	67,9
divorciada/separada	75	20,6
solteira	29	8
viúva	11	3
missing	2	0,5
total	364	100

Também se evidencia um número elevado de mulheres activas, em oposição às mulheres dos restantes grupos de situação profissional, como se verifica na tabela 2.

Tabela 2- Distribuição das participantes em relação à sua situação profissional

Situação Profissional	Frequência	Percentagem
activa	310	85,2
reformada	18	4,9
desempregada	21	5,8
doméstica	5	1,4
missing	10	2,7
total	364	100

A tabela 3 mostra que não existe muita homogeneidade em relação à distribuição das mulheres pelos diferentes grupos de habilitações literária, embora a percentagem de mulheres licenciadas seja superior à observada nas restantes categorias.

Tabela 3- Distribuição das participantes no que concerne às suas habilitações literárias

Habilitações Literárias	Frequência	Percentagem
1.º ciclo do básico ou menos	35	9,6
2.º ciclo do básico	2	0,5
3.º ciclo do básico	96	26,4
secundário	85	23,4
bacharelato	20	5,5
licenciatura	109	29,9
pós-graduação	1	0,3
mestrado	8	2,2
doutoramento	3	0,8
missing	5	1,4
total	364	100

No que concerne ao estado de menopausa em que se encontram, observa-se na tabela 4 que quase metade das mulheres se encontra na pós-menopausa.

Tabela 4

Distribuição das participantes em relação ao estado de menopausa em que se encontram

Estado de Menopausa	Frequência	Percentagem
pré-menopausa	94	25,8
peri-menopausa	94	25,8
pós-menopausa	173	47,5
missing	3	0,8
total	364	100

Material

Os dados foram recolhidos através de dois questionários, um questionário sócio-demográfico e um questionário para averiguar o estado de menopausa em que se encontravam as participantes, bem como através de duas escalas, uma referente à qualidade de vida e outra a experiências de vida.

O questionário sócio-demográfico permitiu caracterizar a participante a nível da idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. O questionário para averiguar em que estado de menopausa se encontrava a participante era constituído por três questões, nomeadamente: “Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos, isto é, com menos 7 ou mais dias do que o habitual (por exemplo, ter o período de 24 em 24 dias em vez de 31 em 31 dias)?”, “Nos últimos 12 meses teve menstruações irregulares, isto é, passaram 2 meses (ou mais meses) sem que o período lhe aparecesse e permaneceu sem ter o período durante 60 ou mais dias) e “Já estive 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação?”.

No que se refere à Escala Qualidade de Vida de Utian, esta foi desenvolvida em 2001 por Wulf H. Utian e colegas e veio colmatar determinadas lacunas nas escalas já existentes, escalas essas que na sua maioria se focalizam essencialmente em inventários de sintomas, abordando a qualidade de vida de forma redutora, pois estava limitada a aspectos da saúde, negligenciando outros factores que a determinam. Para estes autores havia uma questão fundamental que as restantes escalas não salientavam neste caso que é a percepção do sentimento de bem-estar, independente dos sintomas da menopausa.

Esta escala é constituída por 27 itens que reflectem quatro dimensões da qualidade de vida: ocupacional, saúde, emocional e sexual e em que a resposta é ordinal tipo Lickert de 5 posições, sendo que 1 corresponde a “não é verdadeiro no meu caso”, 3 corresponde a “parcialmente verdadeiro no meu caso” e 5 a “largamente verdadeiro no meu caso”.

Relativamente às propriedades psicométricas da escala, na versão original, a análise da consistência interna revelou um alfa de Cronbach de 0.83 para a totalidade dos itens e 0,84; 0,76; 0,66 e 0,88 para os itens referentes às subescalas ocupacional, saúde, emocional e sexual, respectivamente, pelo que se pode dizer que cada item contribui positivamente para a dimensão

onde está inserido. A escala apresenta igualmente uma boa fidelidade, com uma correlação significativa entre o teste-reteste.

No que concerne à consistência interna da escala no presente estudo, verifica-se um alfa de cronbach de 0,87 para a totalidade dos itens, 0,85 para os itens inerentes à qualidade de vida ocupacional, 0,73 para os itens relativos à subescala da saúde e 0,79 e 0,64 para os itens das subescalas emocional e sexual respectivamente, valores que lhe permitem atribuir uma boa consistência interna. Apesar de o valor da consistência interna da subescala sexual não ser tão bom como os restantes, é aceitável para um estudo exploratório.

O instrumento utilizado para a avaliação das experiências de vida foi a versão portuguesa do *Life Experiences Survey* (LES), desenvolvido originalmente por I. G. Sarason, J. H. Johnson e J. M. Siegel (1978). A adaptação à população portuguesa foi publicada em 2000 por I. Silva, J. Pais-Ribeiro, H. Cardoso e H. Ramos. Trata-se de um instrumento de auto-resposta, composto por 47 itens (mais três espaços em branco, onde o sujeito pode indicar outros acontecimentos de vida para além dos apresentados) e resposta ordinal tipo Lickert de 7 posições (que vai desde o extremamente negativo ao extremamente positivo). Os itens remetem a vários acontecimentos de vida, incluindo positivos e negativos, bem como a intensidade do seu impacto, que permitem a avaliação do stresse ao longo do último ano.

Este instrumento provou, na versão original, possuir razoáveis propriedades psicométricas, sendo que a análise da consistência interna da escala demonstrou um alfa de Cronbach de 0.70, valor considerado aceitável, bem como uma boa correlação entre os resultados do teste-reteste o que permite dizer que se trata de uma escala com uma boa fidelidade.

Neste estudo, verificou-se um alfa de Cronbach de 0,84, o que revela uma boa consistência interna.

Procedimento

Este estudo enquadra-se no âmbito de uma investigação mais abrangente sobre a Menopausa.

Após a escolha dos instrumentos para o estudo, foram solicitadas as devidas autorizações para a sua utilização.

Os questionários foram distribuídos em vários contextos, nomeadamente estabelecimentos de ensino (escolas e universidades), estabelecimentos comerciais (como por exemplo, empresas) e hospitais da área da grande Lisboa, a mulheres com idades compreendidas entre os 42 e 60 anos. O rosto do inquérito constava de um consentimento informado em duplicado, sendo que uma cópia ficava para a participante, onde era explicado o estudo. Quando entregue directamente à própria o estudo era igualmente explicado oralmente, referindo a pretensão do mesmo. Em alguns casos, por se tratar de um questionário longo, este não era preenchido imediatamente, pelo que era devolvido mais tarde pela participante. Grande parte dos questionários foi entregue indirectamente, através de outras pessoas a quem era explicado o estudo, sendo que nestes casos eram acompanhados de um envelope, onde depois de preenchidos eram colocados e fechados, de forma a garantir a confidencialidade. Todas as participantes foram esclarecidas para o facto de o questionário ser de preenchimento voluntário e de não existir qualquer obrigatoriedade em participar, sendo que podiam desistir em qualquer momento. Foram ainda informadas que os dados recolhidos seriam confidenciais, protegendo a sua identidade.

Após a recolha dos dados, recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, para a análise dos mesmos.

RESULTADOS

De forma a verificar se existiam diferenças significativas na qualidade de vida das mulheres nos três estados de menopausa, começou por verificar-se se as variáveis seguiam uma distribuição normal e se as variâncias eram homogéneas. Estes pressupostos foram analisados através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Levene, respectivamente. Os resultados obtidos revelaram que não se verifica a normalidade nas subescalas emocional e sexual. No entanto, observou-se que as variâncias eram homogéneas, pelo que se optou pela realização de um teste paramétrico, nomeadamente a ANOVA, dado ser um teste robusto à violação da normalidade.

Para testar se havia diferenças na qualidade de vida ocupacional das mulheres dos vários grupos de situação profissional e diferenças na qualidade de vida sexual e emocional das mulheres dos diferentes grupos de estado civil, dado que as variáveis situação profissional e estado civil apresentam grupos com menos de 30 mulheres, optou-se pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. De forma a identificar entre que grupos a distribuição da variável analisada é significativamente diferente, procedeu-se à comparação múltipla de médias das ordens. Para tal converteu-se as observações em ordens, utilizando depois uma ANOVA one-way sobre a nova variável, fazendo a comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de *Fisher*.

Relativamente à primeira questão do estudo, os resultados estatísticos revelam que não existem diferenças significativas na qualidade de vida das mulheres nos diferentes estados de menopausa no que respeita às subescalas ocupacional e saúde, bem como na qualidade de vida total, conforme a tabela 5. Relativamente às subescalas emocional e sexual pode afirmar-se que existem diferenças significativas.

Na subescala emocional da qualidade de vida, as diferenças encontram-se nomeadamente entre a pré e peri menopausa e também entre a a pré e pós-menopausa, sendo que os dados apresentados na tabela 6 demonstram que as mulheres na pré-menopausa revelam uma maior qualidade de vida emocional do que as mulheres em peri e pós-menopausa.

No que se refere à subescala sexual, pode observar-se, a partir da tabela 6, que as diferenças na qualidade de vida nos três estados de menopausa se verificam entre as mulheres em pré e pós-menopausa e que as primeiras mostram uma maior qualidade de vida sexual.

Tabela 5- Qualidade de vida: pré-menopausa versus peri-menopausa versus pós-menopausa

		F	p
QDV_subescala ocupacional	entre grupos	0,127	0,881
QDV_subescala saúde	entre grupos	1,264	0,284
QDV_subescala emocional	entre grupos	5,523	0,004
QDV_subescala sexual	entre grupos	4,018	0,019
QDV_total	entre grupos	2,07	0,128

Tabela 6- Diferenças na qualidade de vida emocional e sexual das mulheres nos três estados de menopausa

Variável Dependente	(I) Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	(J) Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	Diferença de Médias (I-J)	p
QDV_subescala emocional	pré	peri	0,321	0,006
		pós	0,252	0,019
	peri	pré	-0,069	0,006
		pós	-0,252	0,745
	pós	pré	0,069	0,019
		peri	0,069	0,745
QDV_subescala sexual	pré	peri	0,225	0,351
		pós	0,403	0,014
	peri	pré	-0,225	0,351
		pós	0,175	0,441
	pós	pré	-0,403	0,014
		peri	-0,178	0,441

O segundo objectivo do estudo era verificar se existem diferenças na qualidade de vida emocional e sexual das mulheres dos diferentes grupos de estado civil.

A tabela 7 mostra que não existem diferenças significativas na qualidade de vida emocional entre os grupos de mulheres casadas, divorciadas, solteiras e viúvas. No entanto, no que se refere à subescala sexual essas diferenças existem, nomeadamente entre o o grupo de mulheres casadas ou a viver em união de facto e as mulheres com outro estado civil, sendo que as primeiras apresentam uma qualidade de vida sexual mais elevada que as mulheres divorciadas ou separadas, solteiras e viúvas, conforme a tabela 8.

Tabela 7 - Qualidade de vida emocional e sexual versus estado civil

	QDV_subescala emocional	QDV_subescala sexual
Qui-quadrado	0,686	29,62
<i>p</i>	0,710	0,00

Tabela 8 - Diferenças na qualidade de vida sexual, tendo em conta o estado civil

Variável Dependente	(I) Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	(J) Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	Diferença de Médias (I-J)	<i>p</i>
QDV_subescala sexual/estado civil	casada/união de facto	divorciada/separada	82,500	0,000
		solteira	103,000	0,000
		viúva	111,500	0,000

No que concerne ao terceiro objectivo do estudo, ou seja, verificar se existem diferenças na qualidade de vida ocupacional das mulheres em diferentes situações profissionais, a tabela 9 revela que existem diferenças significativas nos 5 grupos. Essas diferenças encontram-se nomeadamente no grupo de mulheres activas em relação às mulheres dos outros grupos de situação profissional, conforme mostra a tabela 10, sendo que os resultados mostram que estas mulheres têm uma qualidade de vida ocupacional superior à das mulheres reformadas,

desempregadas, domésticas e com baixa médica (sendo que no caso destas últimas a diferença é ligeiramente mais significativa)

Tabela 9 - Qualidade de vida ocupacional versus situação profissional

	QDV_subescala ocupacional
Qui-quadrado	31,400
<i>p</i>	0,000

Tabela 10 - Diferenças na qualidade de vida ocupacional, tendo em conta a situação profissional

Variável Dependente	(I) Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	(J) Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	Diferença de Médias (I-J)	<i>p</i>
QDV_subescala ocupacional/sit. Profissional	activa	reformada	138,000	0,000
		desempregada	138,500	0,000
		doméstica	143,000	0,000

O último objectivo do estudo era verificar se existe correlação entre a qualidade de vida e as experiências de vida negativas e positivas.

A partir da análise da correlação entre a qualidade de vida e as experiências de vida negativas, cujos resultados se apresentam na tabela abaixo, observou-se que existe uma correlação significativa em todas as subescalas analisadas, ainda que se trate de uma correlação fraca. Relativamente à subescala emocional, embora esta correlação seja considerada fraca ($r_p=0,37$), o valor aproxima-se muito de uma correlação moderada ($r_p>0,40$).

Contudo, os resultados permitem afirmar que à medida que os acontecimentos de vida vão sendo avaliados de forma cada vez menos negativa, a qualidade de vida aumenta.

Relativamente à relação entre a qualidade de vida e as experiências de vida positivas, pode observar-se, a partir da mesma tabela, que existe uma correlação fraca, mas significativa, entre a qualidade de vida ocupacional e as experiências de vida positivas. As correlações entre

estas experiências de vida e a qualidade de vida nos domínios da saúde, emocional e sexual, verificam-se muito fracas, não sendo também significativas.

No que concerne à relação entre a qualidade de vida total e experiências de vida positivas, pode observar-se uma correlação muito fraca, ainda que esta não seja significativa.

Os resultados desta análise admitem concluir que à medida que os acontecimentos de vida vão sendo avaliados de forma cada vez mais positiva, a qualidade de vida a nível da saúde, emocional e sexual aumentam.

Tabela 11

Correlação entre qualidade de vida ocupacional, saúde, emocional e sexual e experiências de vida negativas e positivas

		QEV_acont. NEG.	QEV_acont. POS.
QDV_subescala ocupacional	Correlação de Pearson	0,202	0,250
	Sig.	0,001	0,000
	N	263	247
QDV_subescala saúde	Correlação de Pearson	0,211	0,056
	Sig.	0,001	0,376
	N	267	252
QDV_subescala emocional	Correlação de Pearson	0,366	0,115
	Sig.	0,000	0,078
	N	255	237
QDV_subescala sexual	Correlação de Pearson	0,208	0,079
	Sig.	0,001	0,221
	N	255	237
QDV_total	Correlação de Pearson	0,341	0,170
	Sig.	0,000	0,012
	N	228	215

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

DISCUSSÃO

O fenómeno da menopausa tem-se evidenciado, captando alguma atenção. De facto, considerando o elevado número de mulheres que todos os anos passam pela menopausa e considerando também que a maioria destas mulheres têm ainda pela frente muitos anos de vida, tornou-se importante focar a menopausa, no sentido de perceber que implicações esta terá para a mulher. Assim, muita da investigação que se tem feito vai no sentido de estudar que impacto os factores associados à menopausa têm na mulher, nomeadamente na qualidade de vida. Será que a qualidade de vida destas mulheres é afectada pela menopausa?

Não é incomum a conotação negativa que a menopausa tem na nossa sociedade, como se tudo o que de mau acontece a partir de determinada altura da vida esteja indubitavelmente associado à menopausa. Esta parece funcionar como um marco (psicológico ou não) a partir do qual não existe retorno para uma vida aparentemente menos complicada e problemática.

O presente estudo partiu do pressuposto que face a tudo o que foi dito, talvez pudessem ser observadas diferenças na qualidade de vida das mulheres em diferentes estados de menopausa. Considerando os quatro domínios da qualidade de vida, nomeadamente ocupacional, saúde, emocional e sexual, os resultados mostram que essas diferenças não existem no que respeita à qualidade de vida ocupacional e qualidade de vida relacionada com a saúde, bem como na qualidade de vida geral total. No entanto, existem diferenças significativas na qualidade de vida emocional e sexual entre as mulheres na pré-menopausa e as mulheres na peri e pós-menopausa.

Estes resultados parecem surpreender no que respeita à uniformidade dos três grupos de menopausa em relação à qualidade de vida no âmbito da saúde. Considerando a elevada prevalência dos sintomas associados à menopausa (Freedman, 2002), seria expectável que, de alguma forma, a qualidade de vida no âmbito da saúde fosse afectada com a menopausa, conforme afirmam alguns autores. No entanto, os estudos nesta área parecem partir do princípio de que os sintomas afectam a qualidade de vida e que esses sintomas podem ser tratados com terapia hormonal. Assim, não é verificada directamente a relação entre estado de menopausa e

qualidade de vida, mas sim de terapia hormonal e qualidade de vida. As conclusões parecem assim divergir e ora surgem estudos que reconhecem relação entre terapia hormonal e qualidade de vida, ora vêm outros dizer que não (Luoto, 2008). Neste estudo, há que referir que na amostra de 364 mulheres, apenas 18% está a fazer tratamento hormonal de substituição (tabela em anexos), que 26% se encontra na peri-menopausa e 47,5% se encontra na pós-menopausa e que não existem diferenças na qualidade de vida no domínio da saúde entre mulheres que já passaram pela menopausa e as mulheres na pré e peri-menopausa. Teria sido interessante confirmar se a qualidade de vida se relacionava com o uso de terapia hormonal.

Ainda relativamente ao facto de não se encontrarem diferenças na qualidade de vida a nível da saúde nas mulheres no climatério, pode ainda observar-se que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres com nível educacional elevado, sendo que quase 40% possui habilitações literárias iguais ou superiores ao grau de bacharelato. Isto parece ir ao encontro de estudos que referem existir relação entre a prevalência de sintomas da menopausa e menores habilitações literárias (Amore et al., 2004, 2005; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007). Mulheres com mais habilitações literárias parecem também gerir melhor estes sintomas a nível médico, ou seja, mais facilmente recorrem a ajuda especializada (Obermeyer et al., 1999, 2002; cit. por Pimenta, Leal, & Branco, 2007). Assim, uma maior escolaridade pode ser importante no acesso à informação sobre a menopausa, bem como mulheres com maior nível de educação académica podem olhar para esta fase da vida com menos ansiedade.

Pode ainda pensar-se, que estas diferenças não existem, pois as flutuações hormonais que parecem causar impacto nas mulheres no climatério, não são novidade nesta fase da vida, sendo que as mulheres experienciam flutuações hormonais em várias alturas da vida, nomeadamente nos dias que antecedem a menstruação ou mesmo aquando uma gravidez.

A nível da qualidade de vida ocupacional, também não se verificaram diferenças nos três grupos de menopausa. Este domínio da qualidade de vida não está, no entanto, muito explorado na literatura. Na amostra em estudo, verifica-se que 85% das mulheres encontram-se activas, o que não é surpreendente, considerando que só foram alvo do estudo mulheres até aos 60 anos e que com esta idade ainda não foi atingida a reforma. Esta situação pode ter contribuído para o resultado. É verdade que, o facto de se estar a trabalhar poderia não ser sinónimo de uma

qualidade de vida ocupacional maior, até porque o trabalho pode não ser prazenteiro, podendo até ser fonte de stress, por exemplo, mas verificou-se também que as mulheres que se encontram a trabalhar apresentam uma maior qualidade de vida ocupacional que mulheres reformadas, desempregadas, domésticas e com baixa médica. Tem que se considerar também que neste domínio é necessário incluir todas as ocupações da mulher, inclusive actividades extra-laborais. Contudo, o resultado pode levar a pensar que, numa altura em que a mulher poderia sentir-se menos útil (ora porque os filhos cresceram e não estão tão dependentes, ora porque se atingiu o fim do período fértil e não se pode mais ter filhos ou mesmo porque se confronta com o envelhecimento...), estar ocupada, leva a um sentimento de que afinal ainda pode contribuir de alguma forma para a sociedade. Se se considerarem outras actividades em que a mulher esteja inserida para além do emprego, pode pensar-se também que o facto de estar ocupada, as faça abstrair da sua nova condição e até dos próprios sintomas da menopausa (para quem os relata).

No que concerne ao domínio emocional verifica-se que as mulheres no climatério revelam uma qualidade de vida inferior à das mulheres na pré-menopausa. É um facto, que nesta altura parecem emergir depressões e estados de humor disfórico (Chaby, 1997). Por um lado, este cenário é explicado por alguns autores pela descompensação hormonal, sendo que mulheres com terapêutica hormonal têm revelado melhorias no seu estado de ânimo e humor (Freedman, 2002; Moraes et al., 2007). Por outro lado, há que abordar a experiência individual de cada mulher e a sua própria cultura. Os estudos mostram uma relação entre as atitudes negativas que as mulheres têm em relação à menopausa e a prevalência de sintomas no climatério e que mulheres que associam a menopausa a dificuldades emocionais para além dos sintomas, estão mais atritas a deprimir quando entrarem no climatério (Fagulha & Gonçalves, 2005). Esta associação estende-se ao medo de envelhecer e ao facto de a morte se ir aproximando, aliado a uma sensação de inutilidade ou carência afectiva (Lorenzi et al., 2006).

A informação que é passada em relação à menopausa parece muitas vezes não ser a mais positiva e não é de admirar que muitas mulheres temam a sua chegada e criem perspectivas estereotipadas, muitas vezes erróneas.

Os resultados da análise correlacional entre qualidade de vida emocional e experiências de vida negativas, foram os que mais se evidenciaram, sendo que a correlação aproximou-se muito

de moderada. Assim, parece que acontecimentos negativos que vão tendo lugar na vida da mulher são também factor para uma diminuição da qualidade de vida, nomeadamente a qualidade de vida emocional. Já Hardy e Kuh (2002; cit. por Pimenta, Leal, & Branco) deram ênfase aos acontecimentos menos positivos que acontecem na vida da mulher e que parecem ter mais significado na prevalência de sintomas psicológicos do que o próprio estado de menopausa em que se encontra a mulher. Entretanto é importante considerar que o instrumento dos acontecimentos de vida utilizado avalia o impacto destes em termos de stress, o que pode explicar o facto da correlação com a dimensão emocional da qualidade de vida ser mais forte.

O facto de não se encontrarem diferenças na qualidade de vida emocional nos grupos de mulheres com diferentes estados civil é contrário ao que refere Hunter (1990; cit. por Serrão, 2008), ou seja, que o estado civil parece estar relacionado com o sofrimento psicológico e que, as mulheres separadas, divorciadas ou viúvas, comparativamente às casadas e solteiras, estão mais susceptíveis de sofrimento psicológico, inclusive têm mais hipóteses de deprimirem. Contudo, há que considerar que quase 70% das mulheres da amostra são casadas o que pode enviesar os resultados neste sentido.

Os resultados a nível da qualidade de vida sexual revelam que esta parece diminuir com a entrada na pós-menopausa, não havendo distinção nos outros estados de menopausa. Mais uma vez muitos estudos têm focado o aparecimento de disfunções, nomeadamente a sexual, como causa das carências hormonais que têm lugar após a menopausa (Freedman, 2002). Contudo essas carências, embora expliquem situações de secura vaginal ou diapareunia, não parecem explicar muitos casos de diminuição do desejo sexual, excitação e prazer que poderão estar relacionados com outros aspectos, nomeadamente alterações ao nível da relação com o parceiro ou até mesmo mudanças do próprio corpo que possam ter impacto na vivência sexual.

Assim, é preciso ir mais além e perceber o que é que se passa nesta altura da vida que leva as mulheres a relatar, por exemplo, uma diminuição da libido. Em primeiro lugar, é preciso considerar que a maioria das mulheres da amostra é casada. Poderia responsabilizar-se a qualidade da relação que as mulheres têm com os companheiros no decréscimo da qualidade de vida sexual, contudo, há que ter em conta que se verificou que as mulheres casadas apresentam uma qualidade de vida sexual superior às outras. No entanto, mais uma vez, o facto

de a amostra não ser homogénea no que respeita aos vários grupos de estado civil e se evidenciarem as mulheres casadas, é difícil assumir-se que o facto de estar casada é sinónimo de qualidade de vida sexual.

Se o facto de estar ou não casada for tirado da equação, pode pensar-se que a diminuição da qualidade de vida sexual tem outra fonte. Pode ter-se em consideração problemas emocionais (considerando também o decréscimo da qualidade de vida emocional), como a depressão, que vão influenciar a resposta sexual da mulher. Por outro lado não se pode por de parte o facto de que a entrada na menopausa acompanha a entrada na velhice e que isto tem repercussões na mulher. A mulher que se vê mais velha e menos desejável, pode levar a que se afaste sexualmente do companheiro (Price, Storey, & Lake, 2007).

Os resultados das correlações entre as quatro subescalas da qualidade de vida e acontecimentos de vida positivos ou negativos revelaram-se surpreendentes, na medida em que a maioria mostrou-se fraca. Assim, não é inegável o contributo de determinados acontecimentos de vida na qualidade de vida da mulher, mas certamente haverá outros factores que se relacionarão mais fortemente.

Apesar da magnitude das correlações ser maioritariamente fraca, estas são em grande parte significativas. Assim, parece que a qualidade de vida tende a aumentar, conforme os acontecimentos de vida vão sendo avaliados de forma cada vez menos negativa e a diminuir quando os acontecimentos são avaliados de forma cada vez menos positiva.

A forma como cada mulher percebe determinado acontecimento é uma questão muito individual, que se prende com a sua experiência de vida e abrangendo também aspectos sócio-culturais. Assim, se explica as divergências encontradas, por exemplo, no que se refere à saída dos filhos de casa, que pode ser percebido como negativo para algumas mulheres e, para outras, ser sinónimo de mais liberdade.

No decorrer da presente investigação foram-se evidenciando algumas limitações. Uma dessas limitações tem a ver com o facto de se ter uma amostra não probabilística ou intencional, o que leva a que não se conheça o quanto representa a população.

Também se verificou uma certa homogeneidade em relação a determinadas características da amostra. Por exemplo, uma percentagem muito grande era casada, bem como uma grande percentagem se encontrava profissionalmente activa, sendo que o número de mulheres não se distribuía uniformemente pelos grupos de estado civil e situação profissional.

A nível das habilitações literárias, também se verificou que a maior parte das mulheres possuía estudos superiores. De certa forma este aspecto pode enviesar os resultados, se se tiver em consideração que estas mulheres parecem ter um maior acesso à informação acerca da menopausa. Assim, o facto de conhecerem o que vão enfrentar poderá levar a algum apaziguamento na ansiedade que possam sentir e também a uma maior aceitação da situação. Isto pode ser uma explicação para o facto de não se encontrarem diferenças na qualidade de vida a nível da saúde nos diferentes grupos de estado de menopausa.

CONCLUSÃO

O presente estudo vem reforçar que a menopausa representa um período sensível da vida da mulher, sendo que mudanças vão tendo lugar conforme esta se aproxima. A qualidade de vida, de uma forma geral, não parece ser afectada com a inevitabilidade da menopausa, contudo, a nível emocional e sexual, sofre uma diminuição.

Considerando que a menopausa acontece na meia-idade e que, por isso, acompanha o próprio envelhecimento da mulher, é interessante perceber que ainda assim não se verifiquem diferenças em alguns aspectos da qualidade de vida, nomeadamente a nível da saúde, entre estas mulheres e as mulheres noutros estados de menopausa. Isto mostra que apesar da sua nova condição, as mulheres parecem evidenciar um bom envelhecer.

Muitos factores parecem contribuir para toda esta experiência da menopausa. Os sintomas inerentes à menopausa não são inegáveis (Chaby, 1997; Freedman, 2002; Luoto, 2009), mas há que considerar a forma como a nossa sociedade dá a conhecer a menopausa e também que nesta fase da vida têm lugar uma série de acontecimentos que vão marcar a forma como as mulheres a percebem.

Mais uma vez, a menopausa, que muitos consideram um acontecimento natural (e assim o é) na vida da mulher, uma inevitabilidade para as que vivem até ao limite da esperança de vida, vai para além do facto de os ovários deixarem de exercer a sua função. Para a sua compreensão, há que ter em conta um modelo biopsicossocial que explique de forma mais abrangente o significado deste marco de mudanças na vida da mulher.

Este estudo mostrou-se interessante na medida em que se pôde observar se as mulheres nos diferentes estados de menopausa apresentavam diferenças na qualidade de vida. No entanto, estudos futuros poderiam tentar perceber se o estado de menopausa leva a alterações da qualidade

de vida. Neste sentido, faria sentido um estudo longitudinal em que se avaliasse a qualidade de vida das mulheres em três momentos chave, ou seja, na pré, peri e pós-menopausa.

Os acontecimentos de vida também revelaram o seu contributo na menopausa, relacionando-se com a qualidade de vida. Contudo, teria interesse fazer um levantamento dos acontecimentos que as mulheres em cada estado de menopausa consideram negativos ou positivos.

REFERÊNCIAS

- Astbury-Ward, E. M. (2003). Menopause, sexuality and culture: is there a universal experience?. *Sexual & Relationship Therapy, 18* (4), 437-445.
- Bromberger, J., & Matthews, K. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychology and Aging, 11* (2), 207-213.
- Chaby, L. (1997). *A menopausa*. Biblioteca básica de ciência e cultura. Instituto Piaget
- Chen, Y., Lin, S., Wei, Y., Gao, H., & Wu, Z. (2007). Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gyneacological Endocrinology*, 166-172.
- Dennerstein, L. (1996). Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas, 23*(2), 147-157.
- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia, 19* (1), 19-38.
- Freedman, M. A. (2002). Quality of life and menopause: the role of estrogen. *Journal of Women's Health, 11* (8), 703-718.
- Fuentes, L., Martín, E., & Pérez, A. (2008). Sexualidad en la Mujer Durante el Climaterio. *Informe Medico, 10* (3), 129-137.

- Ekström, H., & Hovellius, B. (2000). Quality of life and hormone therapy in women before and after menopause. *Scand J Prim Health Care, 18*, 115-121.
- Helson, R., & Wink, P. (1992). Personality change in women from the early 40s to the early 50s. *Psychology and Aging, 7* (1), 46-55.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11* (2), 213-218.
- Huffman, S. B., Myers, J. E., Tingle, L. R., Bond, L. A. (2005). Menopause symptoms and attitudes of African American women: closing the knowledge gap and expanding opportunities for counseling. *Journal of Counseling & Development, 83* (1), 48-56.
- Hunter, M., & O'Dea, I. (2001). Cognitive appraisal of the menopause: the menopause representations questionnaire (MRQ). *Psychology, Health & Medicine, 6* (1), 65-76.
- Instituto Nacional de Estatística. Recuperado em Janeiro, 12, 2010, através da fonte www.ine.pt
- Kolod, S. (2009). Menopause and sexuality. *Contemporary Psychoanalysis, 45*(1), 26-43.
- Kurpius, S. E. R., Nicpon, M. F., & Maresh, S. E. (2001). Mood, Marriage, Menopause. *Journal of Counseling Psychology, 48* (1), 77-84.
- Lakey, B., & Heller, K. (1985). Response biases and the relation between negative life events and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 49* (6), 1662-1668.

- Bairy, L., Adiga, S., Bhat, P., & Bhat, R. (2009). Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *49*, 106-109.
- Leplège, A., & Dennerstein, L. (2000). Menopause and quality of life. *Quality of Life Research*, *9*, 689-692.
- Limpaphayom, K. K., Darmasetiawan, M. S., Hussain, R. I., Burriss, S. W., Holinka, C. F., & Ausmanas, M. K. (2006). Differential prevalence of quality of life categories (domains) in Asian Women and changes after therapy with three doses of conjugated estrogens/medroxyprogesterone acetate: the Pan-Asia menopause (PAM) study. *Climacteric*, *9*, 204-214.
- Lorenzi, D. R. S., Baracat, E. C., Saciloto, B., & Padilha, I. (2006). *Factores associados à qualidade de vida após menopausa*, *52* (5), 312-317.
- Loutfy, I., Abdel, F., Dabbous, N. I., & Hassan, M. H. A. (2006). Women's perception and experience of menopause: a community-based study in Alexandria, Egypt. *La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*, *12* (2).
- Lu, S., Tseng, H., Lin, L., Luh, W-L, & Shu, B-C (2009). Factors related to depression during menopause: a study in Southern Taiwan. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, *17* (2), 128-135
- Luoto, R. (2009). Hot flushes and quality of life during menopause. *BMC Women's Health*, *9* (13).
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo.

- Médicos de Portugal. Menopausa- a oportunidade para “viver bem a 2.^a fase da sua vida”. Recuperado em Janeiro, 12, 2010, através da fonte <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/>
- Morren, M., & Kenemans, P. (2004). Postmenopausal hormone therapy. Impact on menopause-related symptoms, chronic disease and quality of life. *Drugs*, 64 (8), 821-836.
- Moraes, V., Vandenberghe, L., Silveira, N.A. (2007). Humor, atenção concentrada e qualidade de vida no climatério: um estudo no Brasil Central. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2).221-237.
- Neves-e-Castro, M. (1998). A menopausa: conceito. Recuperado em Janeiro, 12, 2010, através da fonte de www.spmenopausa.pt
- Nisar, N. (2001). Severity of menopausal symptoms and the quality of life at different status of menopause: a community based survey from rural Sindah, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2 (5). 118-130.
- North American Menopause Society. *How to confirm menopause*. Retrieved July 5, 2010, from <http://www.menopause.org/menopauseflashes0901confirmingmenopause.aspx>
- Oliveira, A., Almeida, C., Bastos, E., Santos, J.C., Souza, K.C., Bruno, S., Rocha, T., & Mendes, R.B. (2008). Sexualidade das mulheres no climatério e na menopausa. *Publisaúde*.
- Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 455-466. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2010). Quantidade (de estrogénio) é sinónimo de “qualidade (de vida)? Sobre a menopausa e a qualidade de vida. In I. Leal & J. Pais Ribeiro (Eds.), *Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde* (pp. 111-118). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Price, S. L., Storey, S., & Lake, M. (2008). Menopause experiences of women in rural areas. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 503-511.
- Ribeiro, J., Meneses, R., Meneses, I. et al. (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 91-100.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 15-23. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sarason, I.G., Johnson, J.H., & Siegel, J.M. (1978). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5). 932-946.
- Schmidt, P. J., Murphy, J. H., Haq, N., Rubinow, D. R., & Danaceau, M. A. (2004). Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Women's Mental Health*, 7 (1), 19-26.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da life experiences survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 49-59.
- Sociedade Portuguesa de Menopausa (2006). *Press Release para o Dia Mundial da Menopausa*. Recuperado em Janeiro, 12, 2010, através da fonte <http://www.spmenopausa.pt/>

Utian, W. (2006). Hormones and quality of life after surgical menopause. *Journal of Women's Health, 15* (8), 975-976.

Utian, W., Janata, J., Kingsberg, S., Schuhter, M. & Hamilton, J. (2002). The utian quality of life (UQOL) scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause: The journal of The North American Menopause Society, 9* (6), 402-410.

World Health Organization (1996). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa*. (Tech. Rep. n. 886). Geneva, Switzerland: Author

World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, Switzerland: Author

ANEXOS

Anexo A- Consentimento informado

Anexo B- Questionário Sócio-Demográfico e Questionário para averiguar o estado de menopausa

Anexo C- Escala de Qualidade de Vida (QDV)

Anexo D- Questionário de Experiências de Vida (QEV)

Anexo E- Tabelas de frequências: Caracterização da amostra

Anexo F- Consistência Interna das subescalas da Qualidade de Vida

Anexo G- Consistência Interna da escala Experiências de Vida

Anexo H- Normalidade e Homogeneidade da QV

Anexo I- Diferenças na QDV nos diferentes estados de menopausa

Anexo J- Diferenças na QDV emocional e sexual, considerando o estado civil

Anexo L- Diferenças na QDV ocupacional, considerando a situação profissional

Anexo M- Correlações entre QDV e EV positivas e negativas